



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CONOCIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL  
PARA TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN  
NIÑOS, DENTRO DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA.

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**CIRUJANA DENTISTA**

P R E S E N T A:

GUADALUPE MALAGÓN SALAZAR

TUTORA: Mtra. MARÍA DEL ROSARIO GRAJALES JOSÉ



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



---

*Dedico este trabajo a mi madre...*

*Porque sin ella no hubiera podido llegar hasta este momento,  
Por ese amor de madre, por momentos generoso, por momentos sobre protector y  
absorbente. Pero siempre inmenso e incondicional.*

*Gracias por creer en mí.*



---

---

Agradezco a mi padre, porque fue un pilar importante en mi infancia y porque, aunque han existido dificultades ha permanecido siempre cerca, porque me heredo la sensibilidad que me hace ser el ser humano que hoy soy.

A mi hermana, porque ha sido mi compañera de vida y me obliga a ser su ejemplo de lucha y perseverancia. Porque, a pesar de ser ella menor me ha enseñado más cosas ella a mí que yo a ella.

A mi tío Charly, porque ha sido como un segundo padre para mí.

A William Pacheco, por ser mi apoyo incondicional por toda la carrera, por ser quién siempre me escucho y ayudo en momentos de flaqueza, le estaré eternamente agradecida. A él y a su familia.

A todos mis pacientes, conocidos y desconocidos, que fueron con temores a formar parte de mi aprendizaje. Porque sé que no es fácil ser paciente de un practicante... Hermana, mamá, amiga Adriana Dávila, amigo César Francisco, prima Miriam por prestarme a su pequeño Juanito, William Pacheco, valiente Gael que me hizo amar la pediatría, tío Arturo Malagón, abuelita Celia, Arturo Navarrete y señora Petra infinitas gracias por confiar en mí.

Y a todas las personas que han sido parte de este camino, ángeles terrenales que me han dado su mano para seguir adelante.

A mi tutora la Mtra. María del Rosario Grajales por ayudarme con este trabajo.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México que me abrió las puertas, mi alma mater, la facultad de odontología, mi segundo hogar, por permitirme estudiar una carrera tan hermosa.

Y finalmente a Dios, que nunca me abandona, gracias por la vida y por permitirme culminar una etapa más.



---

---

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>1. DESARROLLO MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE.....</b>	<b>8</b>
1.1 Etapa preescolar.....	9
1.2 Etapa escolar.....	12
1.3 Adolescencia.....	13
1.4 Retraso del desarrollo.....	14
<b>2. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).....</b>	<b>16</b>
2.1 Definición.....	16
2.2 Características generales del TEA.....	17
<b>3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....</b>	<b>21</b>
3.1 Trastorno autista.....	21
3.2 Síndrome de Asperger.....	23
3.3 Síndrome de Rett.....	24
3.4 Trastorno desintegrativo infantil o síndrome de Heller.....	26
3.5 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado o Autismo atípico.....	26
<b>4. FÁRMACOS EMPLEADOS EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y SUS EFECTOS ADVERSOS.....</b>	<b>28</b>
4.1 Antipsicóticos.....	29
4.2 Anticonvulsivantes y Litio.....	29
4.3 Antidepresivos.....	30



---

---

4.4 Psicoestimulantes.....	30
4.5 $\alpha$ Agonistas.....	30
4.6 Inhibidores de la recaptación de norepinefrina.....	31
4.7 Oxitocina.....	31
4.8 Agentes moduladores del receptor glutaminérgico y ácido y-aminobutírico.....	31
<b>5. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD ORAL EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....</b>	<b>32</b>
5.1 Caries y enfermedad periodontal.....	33
5.2 Erosión dental y Bruxismo.....	34
5.3 Hábitos nocivos.....	35
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>40</b>



---

---

## INTRODUCCIÓN

La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud, en niños y jóvenes (CIF-NJ) considera a la discapacidad no como una cuestión puramente biológica ni puramente social, si no como una interacción entre problemas de salud y factores ambientales y personales.

La CDPD (Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad) establece que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En los últimos años ha habido un movimiento lejos de la definición bastante estrecha impuesta por el modelo médico, con un énfasis en el impedimento individual “discapacitando” a la persona. Y la presión, en gran parte de los abogados para personas con discapacidades y los padres que apoyan a las organizaciones, han llevado a una definición más inclusiva que ponga un énfasis en la capacidad individual, en vez de lo que no se puede hacer.

Entonces el funcionamiento y la discapacidad se definen en relación con los resultados entre las condiciones de salud de la persona y el contexto en el cual opera. Este contexto es definido en tres niveles de funcionamiento, en el nivel de una parte del cuerpo, en el nivel de todo el individuo en conjunto y, por último, el funcionamiento que se produce a nivel de la sociedad.

Las necesidades de salud, incluidas las bucales y dentales, a menudo están insatisfechas, pueden ser más prevalentes en niños y adolescentes con



---

problemas debido al incremento del potencial de riesgo. Y a pesar de las necesidades manifiestas, hay una falta de conciencia entre los profesionales médicos de las necesidades bucales y dentales de sus pacientes pediátricos y los odontólogos expresan una falta de voluntad para tratarlos debido a la incertidumbre, así como la falta de compromiso con esos grupos de población.

Por su parte, los trastornos neuropsiquiátricos como el trastorno del espectro autista presenta un conjunto específico de síntomas que describen los principales dominios de los problemas experimentados por la persona y que deben ser correctamente diagnosticados para brindar la atención requerida. Se debe también tener presente que la persona puede cambiar con el tiempo, ya que los problemas y los síntomas cambian con el desarrollo individual.

Las etapas que se describen a continuación permiten ejemplificar de manera breve lo que les sucede a los pequeños en la tarea de comprender el mundo y adaptarse a él. Las edades, y lo esperable en cada etapa, son flexibles, ya que cada niño pertenece a una familia distinta que lo motivará de una manera particular y única, lo estimulará en ciertos aspectos más que en otros. Además, se debe recordar que hay múltiples factores que inciden en el desarrollo infantil.



---

## 1. DESARROLLO MENTAL DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

El desarrollo mental es un proceso dinámico por el cual los niños progresan desde un estado de dependencia de todos sus cuidadores en todas las áreas de funcionamiento, durante la lactancia, hacia una creciente independencia en la segunda infancia (etapa escolar), la adolescencia y finalmente la adultez. En ese proceso adquieren habilidades sensoriales, motoras, cognitivas, comunicacionales y socio-emocionales. El desarrollo en cada ámbito está marcado por una serie de hitos o pasos e implica el dominio de habilidades sencillas antes de que se puedan aprender habilidades más complejas.<sup>1</sup>

Dentro del tratamiento odontológico, las áreas del desarrollo más importantes a tomar en cuenta por los profesionales son: motora, adaptativa, conducta verbal y social además de la personalidad de los pacientes pediátricos. A una edad determinada, un niño puede encontrarse en diferentes estadios en cada área, por ejemplo, con conducta motora plenamente avanzada mientras su personalidad y comportamiento social están relativamente subdesarrollados.<sup>2</sup>

La conducta motora incluye el desarrollo motor grueso, la marcha, el desarrollo motor fino, los movimientos y coordinación de los dedos. El conocimiento del desarrollo motor es importante para que el niño logre permanecer sentado durante el tratamiento o para realizar tareas como cepillarse sus dientes y llevar una buena higiene.<sup>2</sup>

Conducta adaptativa significa adaptación a diferentes situaciones que requieren pensamiento, imaginación y aprendizaje. En la consulta odontológica el tema más importante es la adaptación a la situación a la que será sometido el paciente en la consulta dental.<sup>2</sup>



---

El comportamiento verbal incluye todos los mensajes verbales, desde el balbuceo hasta la construcción de frases, el vocabulario y la comprensión de las palabras. El conocimiento acerca de la comunicación del paciente es de suma importancia mientras se lleva a cabo cualquier tratamiento.<sup>2</sup>

La personalidad y la conducta social dependen de la interacción del niño con el ambiente, en especial con sus familiares, otros niños y a veces otros adultos. Este desarrollo depende de factores como la acción recíproca entre la herencia y el ambiente. Los factores ambientales desempeñarán el papel principal en el desarrollo emocional temprano del niño. Las personas que los rodean en forma inmediata durante sus primeros años de vida, como los padres y la relación con ellos tienen un papel totalmente dominante en el desarrollo emocional temprano. El factor económico, y la vivienda también pueden influir de forma indirecta en su desarrollo.<sup>2</sup>

### 1.1 Etapa preescolar.

Dentro del primer año de vida, el niño depende absolutamente de sus padres y los cuidados maternos son muy importantes para él, en los primeros meses, el niño no parece distinguir entre una u otra persona, puede sonreír o balbucear por igual ante cualquier persona, sean sus padres o extraños.

El acto reflejo de sonreír se presenta de los dos a los tres meses y representa la primera conducta social, además del llanto. (Ver tabla 1).<sup>2</sup>

Los sucesos sociales primordiales dentro del primer año de vida son el desarrollo de vínculos sólidos con adultos que se interesan y alientan su desarrollo.

En el segundo año el surgimiento de las habilidades fonéticas le permite aprender a relacionarse con quienes le rodean. Los niños a esta edad intentan



---

ejercer su voluntad y comienza a surgir la necesidad de probar su independencia. La observación de modelos de los papeles sociales como lo son padre, madre, hermanos, maestros, se torna relevante y perdura hasta los siguientes años, y es importante recordar que los niños de uno y dos años no han adquirido controles internos, y que las rabietas suelen ser normales y es mejor no prestar demasiada atención, así que se contraindican los castigos.

Cada niño a nivel individual, al final del segundo año e inicios del tercero comienza a comer en forma independiente, en este año comienza la enseñanza para el control de esfínteres, la cual no debe iniciarse demasiado pronto, y no debería ser un conflicto entre los padres y el niño, siempre debe esperarse a que esté preparado para ello.<sup>2</sup>

En el tercer año el niño sabe ya utilizar algunas palabras como “no” cuando quiere poner resistencia. Y también el niño plantea preguntas sobre cómo y por qué. Comienza a surgir su propia identidad, y puede integrar los patrones de otros en su propia vida.<sup>3</sup> Fig. 1.<sup>2</sup>

La edad de los tres a los seis años se denomina periodo preescolar y desde el punto de vista cognoscitivo, es una etapa de grandes cambios. La capacidad de razonamiento de los niños aumenta de manera considerable (Ver tabla 2).<sup>2</sup>



Figura 1. Niño en etapa preescola.<sup>2</sup>



**Tabla 1 Cognición, juego y lenguaje.<sup>2</sup>**

Etapa piagetiana	Edad	Permanencia de los objetos	Causalidad	Juego	Lenguaje receptivo	Lenguaje expresivo
I	Del nacimiento al mes de edad	Imágenes cambiantes	Generalización de reflejos		Voltea hacia una voz	Variedad de llantos (hambre, dolor)
II	1 a 4 meses	Fija la vista en el punto donde desapareció un objeto (observa la mano luego que cae la frazada)	Reacciones circulares primarias (succión del pulgar)		Busca con la mirada a quien habla	Arrullos "Contagio" vocal
III	4 a 8 meses	Sigue con la vista un objeto que cae siguiendo una trayectoria vertical (sigue hasta el piso la frazada caída)	Reacciones circulares secundarias (recrea efectos ambientales descubiertos por accidente; p. ej., patea el colchón para sacudir un "móvil")	Mismo repertorio conductual para todos los objetos (golpea, sacude, coloca en la boca, deja caer)	Responde al nombre propio y a la entonación de la voz	Baluceo Cuatro sílabas claras
IV	9 a 12 meses	Encuentra un objeto después de observar que se escondió	Coordinación de las reacciones circulares secundarias	Inspección visual motora de los objetos "Escondidas"	Escucha de manera selectiva palabras familiares Responde a "no" y a otras solicitudes verbales	Primera palabra real Uso de jerigonza Gestos simbólicos (mueve la cabeza para decir no)
V	12 a 18 meses	Recupera el objeto escondido luego de múltiples cambios visibles de posición	Reacciones circulares terciarias (varía deliberadamente su conducta para crear efectos novedosos)	Conciencia de la función social de los objetos Juego simbólico concentrado en el propio cuerpo (bebe de una taza de juguete)	Puede traer de otro cuarto un objeto conocido Señala las partes del cuerpo	Muchas palabras sencillas; usa palabras para expresar necesidades Alrededor de los 18 meses adquiere 10 palabras
VI	18 meses a 2 años	Recupera el objeto escondido luego de cambios invisibles de posición	Usa de manera espontánea los mecanismos causales no directos (le da cuerda a un juguete para ponerlo a funcionar)	Juego simbólico dirigido hacia un muñeco (da de beber al muñeco)	Sigue una serie de dos a tres órdenes Señala figuras ilustradas al nombrarlas	Oraciones telegráficas de dos palabras

De Zuckerman BS, Frank DA; /n Levine MD, et al: *Developmental-Behavioral Pediatrics*. Philadelphia, WB Saunders Co, 1983, p 91.

En las categorías de desarrollo cognoscitivo de Piaget, el periodo de tres a seis años se denomina preoperativo. Piaget denominó preconceptual a la primera parte de la fase preoperativa y considera que dura hasta los cuatro años. En esta edad se lleva un proceso acelerado del desarrollo mental del niño, este adquiere la capacidad para el pensamiento simbólico y la representación de imágenes en la mente. Todo esto, combinado con el vocabulario, mantener la concentración y la atención por más tiempo, el



control de impulsos y la tolerancia a la separación de sus padres son indicadores de que el niño está listo para empezar la escuela.

**Tabla 2 Características principales del desarrollo del preescolar.<sup>2</sup>**

Niño de 3 años de edad	4 años de edad	5 años de edad
<b>Desarrollo intelectual</b>		
Pronuncia su nombre y apellido	Reconoce los colores	Nombra cuatro colores
Cuenta tres objetos	Cuenta cuatro objetos	Cuenta 10 objetos
Menciona su propia edad y sexo	Relata una historia	Pregunta acerca del significado de las palabras
<b>Habilidades motoras generales / delicadas</b>		
Se pone los zapatos	Se viste sin ayuda	Se viste y desviste
Pedalea un triciclo	Se equilibra en un pie	Salta en un pie
Copia un círculo	Copia una cruz y un cuadrado	Dibuja un triángulo
<b>Psicológico</b>		
Se encuentra en la etapa fálica del desarrollo; durante este periodo, sufre conflictos edípicos, los cuales quizá lo lleven a preferir al padre del sexo opuesto. El niño tal vez muestre cierta agresión a los hermanos. A los 6 años, quizá desarrolle cierta dependencia de los padres.		
<b>Implicaciones dentales</b>		
Requiere presencia materna, en especial durante el estrés	Puede ser difícil y agresivo	Debe dejar a los padres para el tratamiento
Temor ante la separación	Reacciona a las instrucciones verbales	Orgullosa de sus pertenencias
Miedo visual	Temor auditivo	Temor al daño corporal
<b>Fisiológico</b>		
<b>Altura (percentil 75)</b>		
Niños = 97.5 cm	Niños = 106 cm	Niños = 113 cm
Niñas = 97 cm	Niñas = 104.5 cm	Niñas = 111.5 cm
(El índice de crecimiento para este intervalo es casi de 6 a 8 cm/año.)		
<b>Peso (percentil 75)</b>		
Niños = 15.5 kg	Niños = 18 kg	Niños = 20 kg
Niñas = 15.5 kg	Niñas = 17.5 kg	Niñas = 19.5 kg
(El índice de crecimiento en este lapso es casi de 2 kg/año.)		
<b>Pulso (percentil 90)</b>		
105/min	100/min	100/min
<b>Respiración (percentil 90)</b>		
30/min	28/min	26/min
<b>Presión arterial</b>		
100/60	100/60	100/60

## 1.2 Etapa escolar.

De los seis a los doce años, se denomina etapa escolar. El niño es menos egocéntrico y está cada vez más interesado en su papel dentro del ambiente que lo rodea, como son la escuela, sus compañeros, actividades recreativas,



---

etc. Explora el mundo extrafamiliar y descubre que debe aprender como relacionarse con sus pares, con quienes se compara. Con frecuencia el niño esta ávido de conocimientos, disfruta de conversaciones, comienza discusiones abstractas, goza de jugar y de competir y esto trae consigo autoestima o puede generar sentimientos de inferioridad.<sup>2</sup>

Las habilidades motoras maduran y se desarrolla una visión más realista de la sociedad y por lo tanto del tratamiento odontológico. Éste aumenta su pensamiento abstracto y desea explicaciones.<sup>2</sup>

### 1.3 Adolescencia.

Es un periodo sumamente importante en el cuidado dental. La adolescencia marca una etapa en la cual la función de los padres en el cuidado dental en el hogar debe reducirse y debe enfatizarse la responsabilidad del adolescente para manejar su propio programa de salud bucal.

En este periodo la confianza en sí mismo y la identidad personal pueden verse afectadas si los pensamientos de su propia imagen no son adecuados. En las mujeres la menstruación puede originar circunstancias que provocan ansiedad.<sup>3</sup>

La adolescencia es la segunda y última fase de la transición social entre la niñez y la edad adulta. Un cambio social de importancia en los adolescentes es el aumento de sus relaciones sociales, mientras en la niñez se limitaban a amistades de la escuela, por otra parte, los adolescentes tienen amigos independientes de tal entorno y forman grupos de amistades mayores. La capacidad del adolescente para sostener relaciones a este nivel es indicativa de socialización adecuada.<sup>3</sup> Tabla 3.<sup>1</sup>



**Tabla 3 Modelo Erikson.<sup>1</sup>**

<i>Estadios psicosexuales</i>	<i>Crisis psicosociales</i>	<i>Características del desarrollo</i>
I Fase oral, lactancia	Confianza básica <i>versus</i> desconfianza básica	<b>Relaciones significativas</b> Fijación Inteligencia sensoriomotora Conexión causal primitiva Funciones motoras Continuidad de la existencia <b>Padres</b>
II Fase anal, primera infancia temprana	Autonomía <i>versus</i> vergüenza y duda	Desarrollo del lenguaje Autocontrol Funciones motoras Juego e imaginación <b>Padres</b>
III Fase edípica, primera infancia avanzada	Iniciativa <i>versus</i> sentimiento de culpa	Creatividad Autocomprensión Desarrollo moral Resolución de problemas/actividad Identificación genérica (sexual) Juego en grupos <b>Padres/pares</b>
IV Fase de latencia, edad escolar temprana	Laboriosidad <i>versus</i> inferioridad	Práctica/resolución de problemas Capacidad de aprendizaje Conocimientos aprendidos Trabajo en grupo Autoevaluación <b>Familia de origen/escuela, pares, otros</b>
V Fase genital, adolescencia	Identidad <i>versus</i> difusión de la identidad	Autoimagen/identidad Capacidades/posibilidades Pensamiento operativo formal Actividad en grupo/identidad Actividad genérica/identidad Papel genérico (sexual)/relaciones con el sexo opuesto Madurez física <b>Familia de origen /grupo de pares</b>

#### 1.4 Retraso del desarrollo.

Se presenta un retraso del desarrollo cuando los niños experimentan una variación significativa en el logro de los pasos esperados para su edad real o ajustada. Se mide por medio de evaluaciones validadas del desarrollo y puede ser leve, moderado o grave. El retraso del desarrollo es causado por complicaciones en el parto, falta de estímulo, desnutrición, problemas de salud crónicos u orgánicos, situaciones psicológicas y familiares, y otros factores ambientales. Aunque es posible que el retraso del desarrollo no sea



---

permanente, puede ofrecer una base para reconocer a los niños que podrían sufrir alguna discapacidad.<sup>1</sup>

La importancia de tener en cuenta las modificaciones de las conductas y el desarrollo de los niños a través del tiempo diferencia la medicina del cuidado del niño a la del adulto.



---

## 2. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

El trastorno del espectro autista constituye una cadena de trastornos neuropsiquiátricos que forman parte de los trastornos generalizados del desarrollo. En los que se incluyen trastorno autista, trastorno de Asperger, Rett, desintegrativo infantil o síndrome de Heller, y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, conocido también como autismo atípico.<sup>4</sup>

La palabra autismo proviene del griego auto, que quiere decir “propio, uno mismo”.<sup>4</sup>

La primera descripción de autismo fue realizada por Leo Kanner, psiquiatra austriaco que trabajaba en Estados Unidos, en 1943. En su artículo *Autistic disturbances of affective contact* (Los trastornos autistas del contacto afectivo). Pocos meses después, a principios de 1944, Hans Asperger, pediatra, investigador, psiquiatra y profesor de medicina austriaco identificó un grupo de niños con características similares, utilizando el término *autistic psychopathy* (psicopatía autista).<sup>5</sup>

Kanner y Asperger no fueron los primeros en observar estas conductas. En 1908, Heller publicó un artículo acerca de seis niños de edades comprendidas entre tres y cuatro años con insidiosa pérdida de lenguaje y habilidades mentales, los cuales quedaban severamente discapacitados con sintomatología idéntica a la de los niños autistas.<sup>5</sup> Fig. 2.<sup>10</sup>

Debido al grado de variabilidad en el grado observado de todos los campos de autismo, este padecimiento es descrito como un espectro.<sup>6</sup>



---

El TEA se conceptualiza como un síndrome congénito degenerativo del sistema nervioso central, así como el deterioro del crecimiento y del desarrollo cognitivo y social de quién la padece.<sup>4</sup>



Figura 2. Leo Kanner, Hans Asperger<sup>10</sup>

## 2.2 Características generales del TEA.

Según la OMS, 1 de cada 160 niños en todo el mundo sufre trastorno del espectro autista y alrededor del 75% de las personas con TEA también sufren discapacidad intelectual.<sup>7</sup>

Entre los síntomas básicos se encuentran el déficit en la comunicación social y en la interacción, los cuales son persistentes.

Los bebés quizás no sonríen, y cuando crecen es posible que eviten o ignoren a sus cuidadores cuando los quieran tomar, sostener o abrazar. En la infancia y en la adolescencia el contacto visual es menor que en otros niños.

El desarrollo social de los niños con TEA se caracteriza por una conducta de apego atípica, pero ausente.

A menudo experimentan ansiedad extrema cuando se les cambia la rutina habitual. La conducta social de estos niños suele ser vergonzosa y poco



---

apropiada y mostrar pocos gestos faciales y corporales durante las conversaciones.

Una gran característica cognoscitiva de los niños con TEA es su incapacidad para inferir los sentimientos de otras personas o el estado de mental de quienes los rodean y esto dificulta el desarrollo de empatía.

Los patrones de conducta, intereses y actividades restrictivas y repetitivas son otros de los síntomas encontrados. En los primeros años de vida, los juguetes y los objetos no suelen utilizarse como sería de esperar. Sus juegos y actividades son más rígidos, repetitivos y monótonos y no muestran juego de imitación como otros niños.

A menudo les gusta dar vueltas, golpes o mirar fijamente como fluye el agua y no es raro que muestren apego por algún objeto inanimado en particular.

Los niños con TEA y discapacidad intelectual grave presentan marcadas conductas autolesivas y autoestimuladoras.

A simple vista físicamente los niños con TEA no muestran ningún signo que indique que padecen este trastorno. En general las anomalías físicas suelen ser menores, como malformaciones de oreja, y otras que reflejan las alteraciones en el desarrollo fetal.

Un número mayor del esperado muestra tendencia a ser ambidextros y se ha observado una incidencia mayor de dermatoglifos anómalos que en la población general.

Las dificultades en el desarrollo del lenguaje suelen aparecer en un subgrupo de niños con este trastorno, son características de los subtipos más graves de TEA. En los primeros años de vida, el típico patrón de balbuceo puede ser mínimo o ausente. Algunos niños emiten ruidos, chasquidos, gritos



---

o sílabas sin sentido de manera estereotipada, sin que parezca un intento de querer comunicarse.

Cuando los niños que han mostrado retraso del lenguaje aprenden a conversar con fluidez, su conversación puede ofrecer información, pero sin la prosodia o tono de voz correctos habitualmente. No es raro que empleen una palabra una vez y luego no vuelvan a utilizarla dentro de una semana, un mes o incluso años después.

El coeficiente intelectual (CI) de un niño con TEA tiende a reflejar problemas graves en las habilidades de secuenciación verbal y abstracción, con fortalezas relativas en habilidades visoespaciales o de memoria.

Entre otros síntomas se encuentra la irritabilidad, que en ocasiones incluye agresividad, conductas autolesivas y grandes rabietas. Aparecen en situaciones cotidianas cuando se espera que pasen de una actividad a otra o permanezcan quietos cuando lo que quieren es moverse. En niños con déficits intelectuales la agresividad suele aparecer sin razón aparente de un momento a otro y pueden observarse autolesiones como pellizcarse la piel, golpearse la cabeza, etc.

Algunos niños con TEA también suelen mostrar cambios súbitos de ánimo, con estallidos de risa, llanto sin motivo aparente o conductas similares siendo muy difícil la comprensión del estado del niño por su falta de comunicar afectividad.

Respuestas a estímulos sensoriales suelen ser características importantes. Se ha observado que niños con TEA responden de manera exagerada a determinados estímulos y de manera insuficiente a otros, como por ejemplo a los sonidos o al dolor.

En cuanto a la hiperactividad y falta de atención, suele presentarse en niños más pequeños con este trastorno.



---

El insomnio es un problema más en niños con TEA. En los cuales se aplica terapia conductual y farmacológica. Se calcula que un 44% a 83% de niños en edad escolar lo presenta.

Otro problema son las infecciones leves y problemas digestivos. En niños pequeños son frecuentes las infecciones respiratorias e infecciones leves. Y en cuanto los problemas digestivos suelen presentarse de manera frecuente meteorismo, estreñimiento y descomposición fecal. También hay una mayor incidencia de convulsiones febriles.<sup>7</sup>



---

### 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

#### 3.1 Trastorno autista.

Desde el nacimiento hasta los 5 años, todos los niños deberían alcanzar indicadores del desarrollo con relación a la forma en la que juegan, aprenden, hablan, actúan y se mueven. Debe existir un seguimiento de estos indicadores para detectar posibles problemas.

El trastorno autista impacta el desarrollo normal de estos indicadores, es decir, en áreas específicas del cerebro que involucran la interacción social y las habilidades comunicativas.<sup>8</sup>

Los niños con trastorno autista comúnmente tienen deficiencias en la comunicación verbal y no verbal, en las interacciones sociales y en las actividades de ocio y juego. Este trastorno les dificulta comunicarse con las personas, pueden exhibir movimientos repetitivos del cuerpo, respuestas inusuales, apego a objetos, y resistencia a los cambios o rutinas. En algunos casos se muestra agresividad o comportamientos con tendencias de autolesionarse.<sup>8</sup>

Los síntomas pueden variar de un niño a otro según el grado de severidad e intensidad del trastorno, siendo la edad como un factor importante y las circunstancias a las que se someta cada niño en su vida cotidiana, pero por lo general para diagnosticar se muestran al menos cinco características de las siguientes enlistadas:

- Dificultad para interactuar con otros niños de su misma edad
- Insistencia en realizar siempre todo del mismo modo
- Resistencia a los cambios
- Risas o sonrisas inapropiadas



- Ningún temor a los peligros
- Poco o nulo contacto visual
- Insensibilidad
- Ecolalia
- Aislamiento
- Demasiadas o pocas expresiones de afecto
- Fascinación por hacer girar objetos
- Ejercicio físico extremo o nulo
- Rabieta o angustia sin razón aparente
- No responden a indicaciones verbales
- Apego inapropiado a objetos
- Dificultad para expresar necesidades

El trastorno se presenta en los hombres con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor que en las mujeres.<sup>8</sup> Fig. 3.<sup>23</sup>



Figura 3. Vínculo odontopediatra-niño-madre<sup>23</sup>

Las clasificaciones de diagnóstico se utilizan para indicar similitudes entre pacientes. El diagnóstico del trastorno autista indica que existen deficiencias cualitativas de comunicación, de habilidades sociales, y de una diferente gama de intereses y actividades. Y en vista de que no se puede



---

realizar ninguna prueba médica para indicar presencia de trastorno autista, el diagnóstico se basa en la presencia de comportamientos específicos.

### 3.2 Síndrome de Asperger.

En el manual DSM-IV, el síndrome de Asperger es uno de los trastornos definidos bajo la categoría de Trastorno Generalizado del Desarrollo (Pervasive Developmental Disorder).<sup>9</sup>

Este síndrome cursa con eficiencia cualitativa de interacción social, según la manifestación de por lo menos dos de las siguientes características:

- Contacto visual nulo
- Poca expresión facial (Posturas del cuerpo y gestos)
- Incapacidad para desarrollar una buena relación social con sus iguales
- Falta de esfuerzo espontáneo para compartir placer, intereses o logros con otros niños
- Falta de reciprocidad social y emocional
- Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de comportamientos, intereses y actividades
- Adherencia aparentemente inflexible a rutinas y rituales específicos y no funcionales
- Formas motrices estereotipados y repetitivos
- Preocupación persistente en la manipulación de objetos

El trastorno causa una deficiencia clínicamente significativa en el aspecto social, ocupacional y en otras áreas importantes del funcionamiento.<sup>9</sup>

No existe un atraso general clínicamente significativo en el desarrollo del lenguaje, ni en el desarrollo cognitivo o en el desarrollo de destrezas de autoayuda de acuerdo con la edad apropiada, de comportamiento de



---

capacidad de adaptación (además de la interacción social) y curiosidad acerca del medio ambiente de los niños.

No se cumplen los criterios de diagnóstico de otro trastorno generalizado del desarrollo; lo que diferencia al Síndrome de Asperger del Autismo clásico son las características y la ausencia de retrasos del lenguaje. Los niños con Síndrome de Asperger generalmente poseen habilidades de habla e inteligencia promedio.<sup>9</sup>

Los niños con trastorno autista frecuentemente son percibidos como distantes y sin ningún interés en los demás, sin embargo los niños con síndrome de Asperger muestran interés en ser aceptados y poder interactuar socialmente con los demás, pero no saben cómo hacerlo, frecuentemente tienen habilidades lingüísticas típicas pero utilizan el lenguaje de diferente manera que puede ser inusual, por ejemplo, puede haber ausencia de inflexión en palabras, un sentido rítmico inapropiado en las conversaciones, el habla puede ser muy formal o muy alto el volumen de voz. Niños con el síndrome quizás no entiendan los matices del lenguaje como la ironía, el humor, el doble sentido u otras abstracciones. También les puede ser difícil comprender el concepto de una conversación entre dos personas.<sup>9</sup>

### 3.3 Síndrome de Rett.

El síndrome de Rett es un trastorno debilitante que involucra múltiples sistemas fisiológicos superpuestos. La desregulación autónoma, también conocida como disautonomía, es una característica cardinal de este síndrome, caracterizada por un desequilibrio entre los brazos simpático y parasimpático del sistema nervioso autónomo.<sup>10</sup>

El Sistema Nervioso Autónomo (ANS) se puede separar del sistema nervioso simpático y parasimpático y a través de múltiples redes jerárquicas



---

superpuestas; estos sistemas continuamente orquestan y afinan numerosos procesos corporales voluntarios e involuntarios. Cualquier anomalía del ANS, también conocida como disautonomía o desregulación autonómica, conduce a una imagen fisiológica compleja. Clínicamente, la desregulación autonómica se presenta con una serie de anomalías en diferentes componentes del sistema nervioso simpático y parasimpático. Esto conduce a desequilibrios en los sistemas cardíaco, entérico, motor y respiratorio que resultan en una crisis autónoma. Hay varias condiciones médicas que se deben a desequilibrios en estos sistemas y algunos de estos incluyen el síndrome neuroléptico maligno.<sup>3</sup>

Características para diagnóstico de síndrome de Rett:

- Desarrollo de múltiples déficits específicos tras un período de funcionamiento normal después del nacimiento.
- Período prenatal y perinatal aparentemente normal.
- Entre los 5 y los 48 meses de edad el crecimiento craneal se desacelera.
- Entre los 5 y los 30 meses de edad se produce una pérdida de habilidades manuales previamente adquiridas.
- Desarrollo de movimientos manuales estereotipados característicos que semejan escribir o lavarse las manos.
- En los primeros años posteriores disminuye el interés por el ambiente social.
- Alteraciones de la coordinación de la marcha y de los movimientos del tronco.
- Alteración grave del desarrollo del lenguaje.<sup>11</sup>

No existen datos específicos de laboratorio asociados a este trastorno. En los niños con trastorno de Rett pueden observarse alteraciones del EEG y trastornos convulsivos. Las técnicas por neuroimagen cerebral han demostrado la existencia de anomalías no específicas.



---

El trastorno de Rett es mucho menos frecuente que el trastorno autista y este sólo ha sido diagnosticado en mujeres.<sup>11</sup>

### 3.4 Trastorno desintegrativo infantil o síndrome de Heller.

El trastorno desintegrativo infantil, también conocido como síndrome de Heller o psicosis desintegrativa, es una afección rara que se agrupa con los trastornos generalizados del desarrollo y está relacionado con el trastorno más conocido y común del TEA. De etiología desconocida. Se caracteriza por el inicio tardío de retrasos en el desarrollo del lenguaje, la función social y las habilidades motoras.<sup>12-13</sup>

Además, cursa con marcada regresión en múltiples áreas tras un período de por lo menos 2 años de desarrollo aparentemente normal y tras los primeros 2 años, pero antes de los 10, el niño experimenta una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas anteriormente.<sup>12-13</sup>

Ocasionalmente, el trastorno es asociado a otra enfermedad médica, como, por ejemplo; leucodistrofia metacromática, enfermedad de Schilder, que pudiera explicar la regresión evolutiva.<sup>12-13</sup>

### 3.5 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico.

Son casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, sintomatología atípica o una sintomatología subliminal. Sin embargo, existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social o de las habilidades de comunicación o cuando hay comportamientos estereotipados y tampoco se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia,



trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación.

A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les debe aplicar el diagnóstico de TEA.

Hasta el momento no existe ninguna prueba de laboratorio, o algún marcador biológico que diagnostique con certeza el trastorno del espectro autista. El diagnóstico estará basado en el juicio clínico del profesional, ayudado de los diversos instrumentos de evaluación que confirmen el padecimiento de la patología.

#### DIFERENCIAS ENTRE LOS TRASTORNOS DE DESARROLLO<sup>7-20</sup>

CARACTERÍSTICAS	TRASTORNO AUTISTA	ASPERGER	RETT	DESINTEGRATIVO INFANTIL	TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO
Desequilibrio social	X	X	X	Xb	X
Trastornos del lenguaje y comunicación	X		Xa	Xb	X
Intereses y actividades repetitivos	X	X	Xa	Xb	
Inteligencia media		X			
Aparición antes de los 36 meses	X				X
Periodo de Desarrollo normal seguido de pérdida de habilidades en diferentes áreas	X			X	X
Desequilibrio relativo	Variable	Más moderado		Más grave	Más grave
Prevalencia relativa	Más elevada+	Intermedio	+	Menor-	Menor-

*Nota: a) deben estar presentes por lo menos dos de estas características; b) Deben estar presentes por lo menos tres de estas características.*



---

## 4. FÁRMACOS EMPLEADOS EN EL MANEJO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y SUS EFECTOS ADVERSOS

Los tratamientos de terapia conductual siguen siendo el pilar del tratamiento para los síntomas centrales del TEA, incluidos los déficits de comunicación, los déficits de interacción social y el comportamiento repetitivo. Sin embargo, los niños con TEA también pueden presentar severos problemas del comportamiento que incluyen irritabilidad, agresión e hiperactividad por lo que a menudo se emplean medicamentos para tratar estos síntomas. Otras afecciones coexistentes comunes, que incluyen trastornos gastrointestinales y trastornos del sueño también pueden mejorarse con el manejo farmacológico.<sup>14</sup>

Actualmente, solo hay dos medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de los síntomas asociados con el TEA, que son la risperidona y el aripiprazol, sin embargo, se ha informado que cerca de la mitad de los niños con TEA reciben intervención psicofarmacológica con estimulantes, agonistas  $\alpha$ , antipsicóticos y antidepresivos.<sup>15</sup>

Estos medicamentos pueden generar efectos adversos relacionados con problemas orales y sistémicos, como xerostomía, agrandamiento gingival, sialorrea, problemas de coagulación y náuseas. Además, estos medicamentos presentan alto nivel de azúcar, lo que aumenta el riesgo de caries, por lo que es de suma importancia que el profesional odontológico tenga conocimientos acerca de cada medicamento utilizado por el paciente pediátrico con TEA.<sup>4</sup>



---

#### 4.1 Antipsicóticos.

La risperidona está aprobada por la FDA para el tratamiento de la irritabilidad asociada con el trastorno del espectro autista en niños y adolescentes de entre 5 y 16 años. Es un antipsicótico utilizado para disminuir la agresión, las alucinaciones y la irritabilidad. Sus efectos adversos son la Trombocitopenia, hipotensión ortostática y problemas motores.<sup>4</sup>

El aripiprazol también está aprobado por la FDA para el tratamiento de la irritabilidad asociada con el trastorno del espectro autista en niños y adolescentes de entre 6 y 17 años.<sup>15</sup>

Existe evidencia para apoyar el uso de risperidona y aripiprazol para el tratamiento de la irritabilidad asociada con el TEA que la observada con otros antipsicóticos, sin embargo, la paliperidona y la olanzapina pueden ser medicamentos prometedores utilizados en esta población.<sup>15</sup>

#### 4.2 Anticonvulsivantes y Litio.

La carbamazepina es un agente antiepiléptico, se indica para el control del humor, para disminuir la agresividad y como anticonvulsivante, tiene interacción con eritromicina, claritromicina y propoxifeno que incrementan el efecto de la carbamacepina.<sup>5-16</sup>

Ácido Valproico es un anticonvulsivante que controla los ataques de autoagresión. La eritromicina y la aspirina pueden reducir su metabolismo. Con AINES y aspirina aumenta el riesgo de sangrado.<sup>5</sup>

El topiramato puede ser beneficioso como complemento de la risperidona. El litio puede ser útil en el manejo de los síntomas del estado de ánimo elevados, antimaniaco, tiene interacción con AINES y metronidazol los cuales disminuyen su aclaración renal.<sup>5-14</sup>



---

### 4.3 Antidepresivos.

Los antidepresivos han sido recetados comúnmente para tratar a los niños con TEA específicamente para atacar conductas repetitivas y síntomas de ansiedad.

La fluoxetina es un antidepresivo utilizado para reducir convulsiones, ansiedad y miedo, para tratar la depresión y prevenir autolesiones. Se puede dar un incremento en el tiempo de sangrado, inhibe el metabolismo de la codeína y de las benzodiazepinas. También la eritromicina y claritromicina inhiben su metabolismo.<sup>5-14</sup>

La sertralina es útil para reducir convulsiones, ansiedad y miedo. Para tratar la depresión y prevenir autolesiones. Se puede dar un incremento en el tiempo de sangrado, inhibe el metabolismo de la codeína y benzodiazepinas. La eritromicina y claritromicina inhiben su metabolismo.<sup>5</sup>

### 4.4 Psicoestimulantes.

Se ha demostrado que el metilfenidato reduce los síntomas de hiperactividad y falta de atención en niños y adolescentes. Se debe tener cuidado con aspirar antes de inyectar<sup>4</sup>

### 4.5 $\alpha$ Agonistas.

La guanfacina es eficaz para reducir la hiperactividad en niños con TEA. Y la clonidina sugiere un beneficio para reducir síntomas de hiperactividad y mejorar el sueño en niños con TEA.<sup>14</sup>



---

La naltrexona es un antagonista opiáceo y es utilizado como reductor del aislamiento social y para prevenir autolesiones. Invierte efectividad de analgésicos y causa alteraciones en la función hepática.<sup>4</sup>

#### 4.6 Inhibidores de la recaptación de norepinefrina.

La atomoxetina es una alternativa a los estimulantes y los agonistas  $\alpha$  en el tratamiento de pacientes con TEA y la hiperactividad asociada.<sup>14</sup>

#### 4.7 Oxitocina.

Durante la última década, la oxitocina se ha investigado como un agente potencial que modula la capacidad de respuesta social y la comunicación en niños con TEA.<sup>14</sup>

#### 4.8 Agentes moduladores del receptor glutaminérgico y ácido y-aminobutírico.

Arbaclofeno, un agonista selectivo del receptor y-ácido aminobutírico (GABA) ha sido utilizado para mejorar las puntuaciones de las subescalas de irritabilidad y letargo, así como retiro social. N-acetilcisteína (NAC), un modulador glutaminérgico y un antioxidante, reduce la irritabilidad asociada con el TEA como un complemento de la risperidona.<sup>14</sup>



## 5. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD ORAL EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Los médicos y odontólogos están obligados a conocer las posibles consecuencias sistémicas de los focos infecciosos existentes en la cavidad bucal. Y, por otro lado, también es obligación de los profesionales conocer las repercusiones de las enfermedades sistémicas, así como la prescripción de medicamentos que conllevan a problemas en el sistema estomatognático.<sup>17</sup>

El Trastorno del Espectro Autista por sí solo no comprende características orales diferentes a las encontradas en pacientes sin este trastorno, pues no se ha encontrado diferencia en el flujo salival, los niveles de pH, capacidad de amortiguación de la saliva ni su composición, aunque la toma de medicamentos influyen negativamente estos factores, favoreciendo las enfermedades orales.

Así mismo, el riesgo aumenta al presentar una capacidad limitada para comprender y asumir responsabilidades de su salud oral y les dificulta cooperar con las prácticas preventivas y de cuidado bucal. Fig. 4.<sup>1</sup>



Figura 4. Limpieza bucal asistida.<sup>1</sup>



Debido a las características conductuales y psicológicas del paciente odontopediátrico con TEA, los protocolos que habitualmente se acostumbra a emplear, se deben modificar. La labor de la familia y de los centros de educación especial son fundamentales para conseguir niveles óptimos de salud dental.<sup>7</sup>

### 5.1 Caries y enfermedad periodontal.

La higiene oral deficiente en estos niños está relacionada con la falta de motricidad manual y lingual para realizar un adecuado cepillado dental, además de presentar una resistencia a la higiene oral diaria, al cuidado por parte de los profesionales y de sus padres o cuidadores. Dicha situación puede aumentar el índice de caries y enfermedad periodontal, pues se encuentran altos niveles de placa, gingivitis y remanente de comida cariogénica en cavidad oral. Fig. 5.<sup>23</sup>



*Figura 5. Caries y gingivitis asociada a placa.<sup>23</sup>*



---

Dependiendo de los déficits del paciente, la necesidad de la asistencia varía considerablemente entre los niños con trastorno del espectro autista.

Algunos pueden estar en la necesidad de asistencia el tiempo completo, mientras otros sólo requieren ayuda para organizar algunas actividades. Los adolescentes con TEA por ejemplo son a menudo más difíciles para llevar a cabo los procedimientos de higiene bucal y cepillado dental.<sup>19</sup> Fig. 6.<sup>23</sup>

En la mayor parte de los pacientes se pueden observar caries no tratadas y donde se haya realizado algún tratamiento, este ha sido una extracción en lugar de una correcta restauración.<sup>19</sup>



*Figura 6. Gingivitis del adolescente.<sup>23</sup>*

## 5.2 Erosión dental y bruxismo.

La sensibilidad dental también es frecuente en niños con TEA. Se presenta por consumo de dieta alta en azúcares acompañada de regurgitación de alimentos, lo cual debilita el esmalte.<sup>7</sup>



También se ha reportado una alta prevalencia de hábitos nocivos para el sistema estomatognático. El bruxismo se encuentra con mayor intensidad, duración y frecuencia, generando grandes desgastes dentales, problemas periodontales y avulsiones de dientes permanentes y se relaciona con un alto nivel de ansiedad presente en estos pacientes.

Para evitarlos se ha sugerido el empleo de protectores bucales.<sup>7</sup>

### 5.3 Hábitos nocivos.

Las autolesiones se presentan con una alta prevalencia, y se dan por colocar objetos extraños en la boca como cabellos, bolígrafos, presión digital o mordeduras en los tejidos orales; generando en estos úlceras, mutilaciones o incluso autoextracciones.<sup>4</sup> Fig. 7.<sup>22</sup>



Figura 7. Paciente con traumatismo bucofacial.<sup>22</sup>

El babeo también es frecuente debido a una hipotonía labial de leve a moderada que se relaciona directamente con el nivel cognitivo, al igual que la succión digital, la onicofagia y la protrusión lingual.<sup>19</sup>



---

Es fundamental recurrir a un protocolo de desensibilización sistemática que comenzará previamente a que el niño acuda a consulta. Para ello, es odontólogo debe reunirse con los padres o cuidadores del niño y psicólogos de ser necesario, sin la presencia del niño, para recabar la historia clínica completa, información relevante acerca de las características individuales de cada paciente con TEA.<sup>19</sup>

Se deberá prestar atención al estado de salud general, medicación, experiencias previas en consultas dentales, hábitos orales y de higiene bucal.<sup>19</sup>

Una vez recabada toda la información necesaria, la gestión de las intervenciones dentales debe ser individualizada para cada paciente según sus necesidades y características.<sup>19</sup>

Los niños con TEA pueden ser inusualmente sensibles a la luz, el sonido, el tacto, y sin embargo ajenos al dolor. Pueden moverse constantemente y puede ser difícil para ellos entender y seguir algunas indicaciones por parte del odontólogo.<sup>19</sup>

Con este tipo de pacientes la comunicación verbal puede no producir los efectos deseados, por ello se debe estar preparado para emplear técnicas de comunicación no verbales, a fin de lograr y mejorar la comunicación mediante otros métodos como, por ejemplo, la utilización de dibujos, juguetes, técnicas lúdicas, musicoterapia, entre otros métodos.<sup>22</sup>

Las técnicas que permiten el manejo y tratamiento clínico odontológico de pacientes con trastorno son:

- Manejo conductual, la cual es la más utilizada en pacientes con trastorno leve o moderado en los que se puede establecer un mínimo grado de comunicación.



- 
- La restricción física, utilizada en cualquier grado de trastorno que así lo requiera para evitar lesiones durante el tratamiento dental.
  - La sedación, empleada en pacientes con trastorno moderado o severo incapaces de cooperar y finalmente la anestesia general, la cual debe utilizarse cuando hayan fracasado todas las técnicas anteriores o bien cuando se trate de un tratamiento largo y complejo o en pacientes con trastorno profundo.<sup>21</sup>



---

---

## CONCLUSIONES

La capacidad de hacer frente al tratamiento dental varía en niños y adolescentes con discapacidades, la razón principal se encuentra en el grado de inhabilidad, y se relaciona con factores cognoscitivos y del comportamiento. La discapacidad física, la postura del cuerpo y la medicación también afectarán el tratamiento dental. Hay que reconocer que los pacientes con discapacidades pueden tener problemas en el manejo de la conducta relacionados con el miedo a la consulta dental y la ansiedad.

Es importante que a estos pacientes se les asegure una buena salud bucal y un tratamiento dental óptimo, y que la discapacidad o condición médica no constituya una barrera para lograrlo. El profesional que brinde atención a pacientes con TEA tiene la misión de darles una mejor calidad de vida. Para esto, es indispensable conocer sus características y así determinar cómo se tratará a cada uno en base a su caso particular y al grado de severidad del trastorno.

Mientras exista un aumento en la prevalencia de TEA los odontólogos no pueden referir a sus pacientes con otros especialistas por falta de conocimientos. El TEA está siendo tratado con terapia conductual aplicada y por medio de la medicina convencional, integral y alternativa.

La atención odontológica de niños y adolescentes con discapacidades, o como en este caso con TEA se observa con profundas deficiencias y poca vocación por parte de los profesionales para atender a este tipo de pacientes, por lo que es necesario la motivación para establecer alternativas de atención odontológica que sean adecuadas para este tipo de pacientes y lleve a los profesionales de la salud bucal a profundizar en el conocimiento y encontrar



---

métodos de apoyo ya que no existe un protocolo a seguir para enfrentar esta situación.



---

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate. Unicef. 2013
2. Koch G, Modeér T, Poulsen S, Rasmussen P. Odontopediatría, Enfoque clínico. Pp. 13-18
3. Pinkham B.S. Odontología pediátrica. 2da. Ed. México; Interamericana, 1996. Pp. 151-204-205-206-469
4. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. (Dentistry for the Autistic Patient). CES Odontol. 2013;26(2):120–6.
5. Rada R. E. Temas controversiales en el tratamiento del paciente dental con autismo. Jada. 2011. Volumen 3/ Número 4. 141(8):947-953
6. Paredes A, Alvear Cordoba M, Paredes A. Tratamiento estomatológico multidisciplinario de un paciente con trastorno del espectro autista: reporte de un caso. Rev. OACTIVA UC cuenca. 2017;2(1):43–50.
7. Gómez-Legorburu B, Badillo Perona V, Martínez Pérez EM PPP. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. Científica Dent [Internet]. 2009;6(3):207-15. Recuperado a partir de: [http://www.mydental4kids.com/descargas/pdfs/articulos\\_dra\\_martinez\\_autismo.pdf](http://www.mydental4kids.com/descargas/pdfs/articulos_dra_martinez_autismo.pdf)
8. Singh J, Santosh P. Key issues in Rett syndrome: Emotional, behavioural and autonomic dysregulation (EBAD) - A target for clinical



- 
- trials. Orphanet J Rare Dis. Orphanet Journal of Rare Diseases; 2018;13(1).
9. Sadock B. J, Sadock V. A, Ruiz P. Sinopsis de psiquiatría. 11<sup>a</sup>. ed. Editorial LWW. 2015. Pp. 1152-1162
  10. N+1, disponible en:  
<https://nmas1.org/news/2018/04/02/autismo-total>
  11. APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5<sup>a</sup> Edición. Panamericana. 2002. Pp. 996
  12. Gupta AR, Westphal A, Yang DYJ, Sullivan CAW, Eilbott J, Zaidi S, et al. Neurogenetic analysis of childhood disintegrative disorder. Mol Autism. 2017;8(1).
  13. Verma JK, Mohapatra S. Childhood Disintegrative Disorder as a Complication of Chicken Pox. Indian Journal of Psychological Medicine. 2016;38(1):65-66.
  14. Stepanova E, Dowling S, Phelps M, Findling RL. Pharmacotherapy of emotional and behavioral symptoms associated with autism spectrum disorder in children and adolescents. Dialogues Clin Neurosci. 2017;19(4):395–402.
  15. Lamy M EC. Pharmacological Management of Behavioral Disturbances in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. 2018
  16. Facultad de medicina, disponible en:  
[http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Carbamazepina.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Carbamazepina.htm)
  17. Mar D. Medicina preventiva en pediatría. Intervención de la Secretaría de Salud en la salud bucal. 2004; LXI (2):70–7.
  18. Nunn J, Klingberg G. Cuidado dental para el niño y el adolescente con discapacidades.



- 
19. Muraru D, Diuhodaru T, Iorga M. Providing Dental Care for Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatr Dent*. 2017;7(2):124–30.
  20. Stone L. ¿Qué son los trastornos del espectro autista? En: ¿Mi hijo es autista? Barcelona. Ed. Oniro S.A. 2006.
  21. Lozada MS, Guerra ME. Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. Vol 2. No. 2 2002
  22. Boj JR, Cortés O. *Odontopediatría Clínica*. 1ª Ed. México. Odontología Actual, S.A. de C.V. 2018. Pp. 85
  23. Biondi AM, Cortese SG. *Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada*. 1ª Edición. Alfaomega. 2010. Pp. 451